

グループホーム入居希望エントリーシート

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日
受付担当者			

申込者	氏名		続柄	
	住所	〒 -		
	電話	()		

入所希望者情報

※該当箇所へ記入及び○印、□にレ印をつけてください

氏名	男・女		生年月日			
			昭和 平成	年	月	日 (歳)
住所	〒 -					
	電話 () -					
障害支援区分	1	2	3	4	5	6
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級 交付日) (障害名 :)					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (種 度 交付日)					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 (級 交付日)					
他サービス 利用状況	計画相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (事業所名 :)					
	成年後見制度 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 他利用中サービス ()					
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居					
	<input type="checkbox"/> 他施設入所中 (施設名 :)					
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名 : 入院日 : 年 月)					
主な介助者の 状況	氏名		続柄			
	同居別	<input type="checkbox"/> 同居中 <input type="checkbox"/> 同敷地内に居住 <input type="checkbox"/> 近所で別居 <input type="checkbox"/> 遠方で別居				
	介助面で困っていること					
医療状況	<input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 ()					
	治療中の病気など 病名 :					
	医療機関 : 主治医 :					
利用中の サービス	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労 (週 日) <input type="checkbox"/> 居宅介護					
希望する サービス	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労 (週 日) <input type="checkbox"/> 居宅介護					

収入状況	<input type="checkbox"/> 年金 (種類:) 年額: ()			
	<input type="checkbox"/> 手当 (種類:) 年額: ()			
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他収入 ()			
家族の状況	氏名	続柄	同居・別居	備考
	緊急連絡先 TEL	1 2	() ()	氏名: 氏名:
心身の状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		〈おむつ・リハパン使用〉 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 常時		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		〈主食〉 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動食		
		〈副食〉 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	洗面:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		歯磨:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(上肢: 左・右・両 下肢: 左・右・両)	
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(右: 肩・肘・股・膝・ 左: 肩・肘・股・膝・)	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部可	<input type="checkbox"/> 不可	
対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 否定的	
行動特性	<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 他害行為 <input type="checkbox"/> うつ	
	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> その他 ()	